

Condiciones Generales

Seguro Educacional

Planes PreviBeca

Denominados en UDIS

Junio 2016.



INDICE GENERAL

AVISO DE PRIVACIDAD 4

1. Objeto. 5

2. Cobertura Dotal Básica. 5

3. Contratante. 5

4. Contrato de seguro. 5

5. Vigencia. 6

6. Modificaciones. 6

7. Carencia de restricciones. 6

8. Pago de las primas. 6

9. Período de espera para el pago de primas. 7

10. Edad 7

11. Beneficiarios. 8

12. Omisiones o inexactas declaraciones. 9

13. Indisputabilidad. 9

14. Suicidio. 9

15. Rehabilitación. 10

16. Moneda. 10

17. Liquidación. 11

18. Competencia. 11

19. Prescripción. 11

20. Comunicaciones. 12

21. Préstamo automático para el pago de primas. 12

22. Valores garantizados. 12

23. Préstamos. 13

24. Interés por mora. 14



25. Comprobación del siniestro. 14

26. Pago inmediato. 14

27. Dividendos. 15

28. Fondo de inversión. 15

29. Intermediación o revelación de comisiones. 16

30. Régimen Fiscal. 16

31. Designación de Beneficiarios. 16

CLAÚSULA OFAC. 18

III. Beneficios Adicionales. 19

1. Contratante/asegurado mujer 19

2. Contratante/asegurado no fumador 19

IV. Beneficio adicional por fallecimiento 19

V. Beneficios adicionales de Invalidez Total y Permanente. 19

1. Vigencia 19

2. Edades de admisión. 20

3. Invalidez total y permanente. 20

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ 20

4. Descripción de los beneficios. 20

Beneficio de exención de pago de primas sobre la cobertura básica por invalidez total y permanente o muerte del contratante (BEPIM). 20

Beneficio de exención de pago de primas sobre la cobertura "BEMPA" por invalidez total y permanente del contratante (BEPI). 21

Beneficio de pago adicional por invalidez total y permanente del contratante (BIPA). 21

5. Recuperación de invalidez. 21

6. Exclusiones de los beneficios de invalidez. 21

CLÁUSULA DE SEGURO MANCOMUNADO 24



AVISO DE PRIVACIDAD

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet **www.segurosatlas.com.mx** en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.



CONDICIONES GENERALES

1. Objeto.
La compañía se obliga a brindar al asegurado la protección por los beneficios amparados en esta póliza a cambio del pago de la prima convenida, a partir del momento en que el asegurado tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y dentro la vigencia de la misma.

2. Cobertura Dotal Básica.
El asegurado principal será el menor para el que se contrata el ahorro, con cobertura básica dotal y vencimiento a edad alcanzada 18 ó 22, según consta en la carátula de la póliza. El seguro terminará al cumplirse el plazo pagándose la suma asegurada contratada más los dividendos que se hayan generado, por rescate de la póliza o al momento del fallecimiento del asegurado principal.

El contratante será el mayor de edad responsable del pago de primas.

La compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada de la cobertura si el Asegurado fallece dentro del plazo del seguro. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, éste pago se hará al propio Asegurado. Si al ocurrir el fallecimiento del menor Asegurado, éste no hubiera cumplido la edad de 12 años, la compañía no estará obligada a pagar la suma asegurada contratada y su responsabilidad se limitará a la devolución de la suma simple de las primas pagadas por la cobertura básica y el dividendo de la póliza.

El plazo de dos años a que se refiere la cláusula de suicidio se contará a partir de la fecha en que el menor cumpla los doce años de edad

3. Contratante.
Es aquella persona física o mora que solicita la celebración del contrato para si y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la prima.

Para los efectos de esta póliza el contratante podrá ser asegurado en cuyo caso se hará constar esta circunstancia en la carátula de la póliza.

4. Contrato de seguro.
Es el acuerdo celebrado entre la compañía y el contratante. Constituyen prueba de la celebración de este contrato de seguro: la solicitud firmada por el contratante/asegurado, la carátula de la póliza, la tabla de valores garantizados y las cláusulas adicionales que se agreguen a la póliza, así como estas condiciones generales.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).



5. Vigencia.
Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula y continuará durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de vencimiento.

6. Modificaciones.
Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la compañía, el asegurado y el contratante, haciéndose constar mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la compañía y el contratante, haciéndose constar mediante endoso o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

7. Carencia de restricciones.
Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones acerca de residencia, ocupación y viajes del asegurado.

8. Pago de las primas.
La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas. Anualmente se cobrará de manera adicional a la prima del seguro el recargo fijo mismo que se actualizará anualmente al momento de contratación y/o renovación de la póliza, de acuerdo al procedimiento registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima anual estipulada para cada cobertura deberá ser pagada al inicio de cada aniversario de la póliza, desde la fecha de celebración del contrato y durante el "plazo del pago de primas" indicado en la carátula de la póliza.

El contratante en cualquier aniversario de la póliza puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso se cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que las partes hayan pactado a la firma del contrato. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso.



Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el contratante, a cambio del recibo de pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

9. Período de espera para el pago de primas.
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Una vez transcurrido el período de espera convenido sin que se hayan pagado las primas correspondientes, se aplicará el saldo del fondo de inversión, si lo hubiere, conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente. Si dicho fondo es insuficiente se aplicará lo establecido en la cláusula relativa a préstamo automático para el pago de primas, dando aviso al asegurado de dicha aplicación.

10. Edad
Para efectos de este contrato se considera como edad real del asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

En el caso del plan mancomunado la edad se determinará conforme a la tabla de edades equivalente vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La compañía declara que los límites de admisión para el contratante serán de 15 a 70 años de edad, cuando éste sea asegurado; para el menor asegurado será de 0 a 15 ó 19 años, según si el plan es a edad alcanzada 18 ó 22 respectivamente, como conste en la carátula de la póliza, en el entendido que la cobertura por fallecimiento sólo será efectiva después de los 12 años de edad. En caso de fallecimiento antes de los 12 años de edad se estará a lo dispuesto en la cláusula 2. Cobertura Dotal Básica.

La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse cuando así lo juzgue conveniente la compañía. Una vez efectuada la comprobación, la compañía hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando de la comprobación de edad resulte que la edad real se encuentra,

I. Dentro de los límites de admisión registrados por la compañía.
   A. Si en vida del asegurado, la edad real al expedirse la póliza es:

1. Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real en la fecha de la celebración del contrato.
2. Menor que la declarada: la suma asegurada no se modificará y la compañía tendrá la obligación de reembolsar la deferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real conforme a la tarifa registrada en la fecha de celebración del contrato.

B. Si después del fallecimiento del asegurado se descubre que la edad declarada por el asegurado en la solicitud es diferente a la real: la compañía pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.Si la edad real es menor de 12 años se procederá de acuerdo a lo establecido en la cláusula 2. Cobertura Dotal Básica.

II. Fuera de los límites de admisión registrados por la compañía: el contrato quedará rescindido automáticamente y la obligación de la compañía será la de pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de su rescisión.

Si al descubrirse que la edad declarada del asegurado es inexacta, y la empresa aseguradora ya hubiere hecho efectivo el importe del seguro, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme a los incisos anteriores, incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

11. Beneficiarios.

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo, notificándolo por escrito a la compañía en su domicilio social, siempre que no exista restricción legal en contrario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente por la compañía, ésta pagará al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar beneficiario haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a la compañía. Para que esa renuncia produzca sus efectos deberá hacerse constar en la póliza y posteriormente no podrá cambiarse, excepto que el beneficiario así designado dé su consentimiento por escrito.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y asegurado mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando haya varios beneficiarios designados, la parte del que muera antes que el asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

12. Omisiones o inexactas declaraciones.
Al formular la propuesta del seguro, el contratante y el asegurado están obligados a declarar por escrito a la compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aún cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro.

Ley Sobre el Contrato de Seguro, Artículo 52°.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Ley Sobre el Contrato de Seguro, Artículo 69°.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Ley Sobre el Contrato de Seguro Artículo 70°.-Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

13. Indisputabilidad.
Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 2 (dos) primeros años, por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el Artículo 47° de la Ley, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

14. Suicidio.
En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido la causa y el

estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la compañía como liquidación total será el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato en la fecha en que ocurra el fallecimiento, menos cualquier adeudo derivado de la misma.

En caso de rehabilitación y/o incrementos adicionales de suma asegurada no estipulados en el contrato original, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la compañía.

En caso de suicidio del menor asegurado antes de los 12 años de edad se estará a lo establecido en la cláusula 2. Cobertura Dotal Básica.

15. Rehabilitación.
Si este contrato de seguro hubiere cesado en sus efectos por la falta de pago de primas en los términos de esta póliza, podrá ser rehabilitado en cualquier tiempo si se llenan los siguientes requisitos:

I.- Presentar solicitud por escrito del contratante a la compañía.
II.- Presentar informe del estado de salud del asegurado firmado por él mismo o por su representante legal y en el formato establecido por la compañía.
III.- Comprobación del asegurado, a su costa, de que al presentar la propuesta de rehabilitación goza de buena salud.
IV.- Que la compañía acepte la solicitud de rehabilitación.
V.- Que el contratante pague a la compañía las primas y deudas insolutas derivadas de este contrato, desde la fecha en que hubiere cesado en sus efectos el contrato hasta su rehabilitación.

La rehabilitación a la que se refiere esta cláusula la hará constar la compañía para efectos administrativos en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente, o en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, el seguro se entenderá rehabilitado desde las 12:00 horas de la fecha de pago.

16. Moneda.
Todos los pagos relativos a este contrato por parte del contratante y/o asegurado a la compañía, o de ésta al contratante y/o asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago en los siguientes términos:

Si la suma asegurada esta denominada en UDI'S, los derechos y obligaciones que se deriven de la contratación de la póliza respectiva se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago, tomando para ello el valor de la UDI que publique el Banco de México en el Diario Oficial.

En caso de que la UDI desaparezca, la Institución se compromete a reemplazarla por un sistema que cumpla con el objetivo de mantener el valor adquisitivo de la suma asegurada.

17. Liquidación.
La compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

Las cantidades que se adeuden a la compañía por concepto de primas, préstamos o intereses que se deriven del presente contrato serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta póliza. En caso de siniestro la compañía deducirá la parte de la prima del año en curso que, hasta cubrir la anualidad completa, estuviese en descubierto.

18. Competencia.
En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a nuestra Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa México D.F., con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 horas así como nuestra atención telefónica al 9177-5220 o al 01800-999 o 01800-849-3916 y correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.
Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762 Col. Del valle Delegación Benito Juárez o consulte www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-oficinas-de-atencion; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 5340-09999 o al 01800-999-8080 y correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx ; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

19. Prescripción.
Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81° de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82° de la Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del Artículo 68° de la Ley de Protecció n y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84° de la Ley, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento

de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el Artículo 50º-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

20. Comunicaciones.
Todas las comunicaciones, solicitudes o avisos que el asegurado necesite hacer a la compañía deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en la Ciudad de México, o a sus oficinas de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la compañía excepto que ésta se lo indicare al asegurado. Las comunicaciones de la compañía para el asegurado se harán en igual forma en el último domicilio del asegurado que fuere conocido por la compañía.

21. Préstamo automático para el pago de primas.
Conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente 9. Período de espera para el pago de primas, si el saldo disponible en el fondo de inversión es insuficiente para el pago de la prima vencida pendiente de pago, la compañía prestará la diferencia al contratante, sin necesidad de solicitud alguna de su parte y sujeto a la cláusula 24. Préstamos. Esto se hará siempre y cuando el total de los préstamos existentes, la prima aplicada al préstamo y los intereses correspondientes no exceda el valor en efectivo a que el contratante tuviere derecho.

Cuando el valor en efectivo disponible sea menor al total del adeudo, conformado con base en lo mencionado en el párrafo anterior, esta póliza continuará en vigor por los días que dicho disponible alcance a amparar.

Si transcurrido el número de días a que se refiere el párrafo anterior, el contratante no paga la prima, cesarán los efectos de este contrato así como las obligaciones que la compañía haya contraído con él, sin necesidad de declaración especial, resolución o notificación judicial de ninguna índole.

Para la aplicación de esta cláusula se sumarán al valor en efectivo disponible de la póliza toda cantidad que por participación de utilidades o por otro concepto adeude la compañía al asegurado o al contratante.

22. Valores garantizados.
Son los distintos usos que se le pueden dar a la parte de la reserva a la que tiene derecho el contratante. El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del asegurado, edad equivalente alcanzada (la cual es determinada con la edad equivalente alcanzada de los asegurados) y el número de años de primas pagadas. Después de que el contratante haya cubierto las primas correspondientes y que haya transcurrido el número de años mínimo indicado en la tabla

de valores garantizados respectiva, el contratante podrá hacer uso de alguno de los derechos que se describen posteriormente.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la descripción de cada valor garantizado, el contratante deberá solicitar por escrito dentro de los treinta días siguientes al vencimiento de la prima no pagada, la opción escogida remitiendo esta póliza para su anotación, en cuyo caso quedarán cancelados los beneficios y cláusulas adicionales de esta póliza.

Si en la fecha de solicitud del valor garantizado escogido la póliza se encuentra gravada con alguna deuda, ésta deberá ser liquidada a la compañía, o bien, se reducirá el importe de la opción al que pudiera pagarse con la diferencia entre el valor de efectivo disponible y el adeudo derivado de esta póliza.

En los planes contratados a plazos menores de 10 años no se otorgan valores garantizados.

Valor de Rescate

El Asegurado podrá obtener como Valor de Rescate también llamado Valor en Efectivo, estando al corriente del pago de las primas, el importe que se indica en la columna correspondiente de la Tabla de Valores Garantizados contenida en la póliza, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas completas y al número de años transcurridos completos. En caso de que hubiera fondo de inversión, se le entregará junto con el Valor de Rescate.

En el caso de que se solicite el Valor de Rescate antes de terminar cada año de vigencia, dicho valor se calculará con base en la reserva exacta y con el método que se encuentre registrado hasta ese momento ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Seguro Saldado.

La compañía reducirá la suma asegurada de acuerdo al valor de rescate de la póliza, conservando el plazo contratado y sin más pago de primas. Al ocurrir el fallecimiento del asegurado o vencer el plazo del seguro, la compañía pagará el importe del seguro saldado en las mismas condiciones que lo sería la suma originalmente contratada.

El contratante podrá obtener como rescate del seguro saldado el 95% de la reserva que corresponda, en cuyo caso terminará el contrato de seguro.

23. Préstamos.

Se concederán préstamos, por cualquier cantidad, que sumados no excedan el valor en efectivo de la póliza, los cuales causarán intereses según la tasa que fije la compañía. En el momento en que el adeudo iguale o supere al valor en efectivo, si el contratante no liquida dicho préstamo, los efectos del contrato cesarán automáticamente sin necesidad de notificación alguna.



Del importe de dicho préstamo será deducido cualquier adeudo existente a favor de la compañía, derivado de esta póliza.

Cualquier adeudo podrá ser pagado en cualquier momento totalmente, siempre que la póliza esté en vigor y antes de ocurrir el fallecimiento del asegurado.

24. Interés por mora.
En caso de que la compañía, no obstante haber recibido la documentación e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

25. Comprobación del siniestro.
La compañía tiene derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

26. Pago inmediato.
La compañía se obliga, salvo restricción legal en contrario, al ocurrir el fallecimiento del asegurado, siempre que la póliza se encuentre en vigor a la fecha de ocurrencia del fallecimiento y hubieren transcurrido más de dos años desde su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada al beneficiario designado, con la sola presentación del certificado médico de defunción.

En caso de que hubiera varios beneficiarios el pago correspondiente se hará a aquél que presente a la compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la compañía.

El importe que por este concepto pague la compañía será igual al 30 % de la suma asegurada de la cobertura básica y/o cobertura BEMPA de la póliza, con un máximo de 650 días de Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal. Para este límite se considera todas las pólizas expedidas por la compañía a favor del asegurado y que al momento de su fallecimiento se encuentren en vigor.

La cantidad que por este concepto pague la compañía será descontada de la liquidación final a que él o los beneficiarios tengan derecho, según las condiciones estipuladas en esta póliza.

En el caso de que la póliza se encuentre gravada con préstamo, éste se descontará de la suma asegurada y sobre el remanente que exista se otorgará el anticipo.

27. Dividendos.

Se llamará dividendo a la participación del asegurado en las utilidades que obtenga la compañía por el excedente financiero que se produzca de acuerdo con las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y el interés real obtenido por las inversiones de la compañía.

Los dividendos a los que el asegurado tenga derecho y que se produzcan de acuerdo con el párrafo anterior serán abonados al fondo de inversión en forma anual en la fecha de aniversario de la póliza, si el asegurado no da indicación en contrario.

En caso de que el contratante disponga de los valores garantizados en cualquiera de sus opciones, no se generarán dividendos.

La compañía buscará obtener el mayor rendimiento posible en la inversión de los dividendos sin que esto signifique que se está garantizando un rendimiento predeterminado.

El derecho de participación en las utilidades está condicionado al pago de la prima correspondiente al período sobre el cual se otorgan utilidades.

La cobertura del dotal generará dividendos.

28. Fondo de inversión.

La compañía está autorizada para administrar valores en efectivo propiedad del asegurado provenientes de dotales a corto plazo. Dichos valores en administración constituyen el fondo de inversión.

Este fondo generará intereses de acuerdo a la tasa de rendimiento obtenido por la compañía en sus inversiones una vez descontados diez por ciento de la tasa para cubrir los gastos de administración. Dichos intereses se calcularán y abonarán al cierre de cada mes considerando el período real en que los abonos ingresaron al fondo de inversión.

El fondo de inversión del asegurado formará parte de la liquidación que haga la compañía al asegurado en caso de cancelarse la póliza o, de la liquidación que haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado o al término de la vigencia del plan.

Dicho fondo se apegará a las reglas vigentes para la inversión de las reservas técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Retiros

El asegurado podrá realizar como máximo al año, dos retiros de su fondo que representen la totalidad o una parcialidad de su saldo, para lo cual deberá solicitarlo por escrito al menos con 30 días de anticipación.

Si la petición llegare a ser después del período de espera para el pago de la prima a que se refiere la cláusula 9. Período de espera para el pago de primas, el saldo será el existente después de aplicar la cláusula 21. Préstamo automático para el pago de primas.

Por cada retiro efectuado la compañía tendrá derecho a aplicar un cargo por concepto de gastos de administración del fondo, considerando la fracción de año durante la cual la cantidad retirada estuvo en el fondo.

Pago automático de primas.

Si el contratante dejare de cubrir una prima, la cual incluyera los incrementos de suma asegurada que se hayan pactado, dentro del período de espera convenido para el pago de primas, ésta se pagará del saldo en inversión de la póliza. En caso de que dicho saldo sea insuficiente, por la diferencia se aplicará la cláusula de Préstamo automático para el pago de primas. Este procedimiento se repetirá mientras exista saldo a favor del asegurado.

En caso de que la póliza no tenga derecho a valor en efectivo y el saldo de su fondo de inversión sea insuficiente para el pago de la prima, la póliza continuará en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir.

Estado de cuenta.

Por lo menos cada tres meses se enviará al asegurado un estado de cuenta de manera impresa o por medios electrónicos y se remitirá en papel impreso cuando menos cada seis meses, indicándole todos los movimientos operados en el año precedente, así como su saldo acumulado.

El contratante dispone de 45 días naturales para solicitar cualquier rectificación de la información que se muestre en el estado de cuenta, contados a partir de que se reciba el estado de cuenta en el último domicilio registrado por la compañía.

29. Intermediación o revelación de comisiones.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

30. Régimen Fiscal.

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la Legislación Fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de la indemnización a los Beneficiarios.

31. Designación de Beneficiarios.

Para efecto de la designación de beneficiarios y con el objeto de nombrar en forma precisa a cada uno de ellos, en caso que deseen nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a

un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, que en todo caso solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.



CLAÚSULA OFAC.

El presente Contrato se rescindirá de pleno derecho si el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante, fuere condenado mediante sentencia del juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso que el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante, obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado y/o Contratante, y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, Seguros Atlas rehabilitara la póliza del Asegurado, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante al descubierto, debiendo el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante, cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del Contrato de seguro que se está rehabilitando, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

EXCLUSIÓN OFAC.

Se rescindirá de pleno derecho y aplicará a todos los riesgos amparados en el presente Contrato en el siguiente caso:

Si el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante fuere condenado mediante sentencia por cualquier delito vinculado con producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien en mencionado en las Listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.



III. Beneficios Adicionales.

1. Contratante/asegurado mujer.
Conforme a los procedimientos registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se considera que la edad de la asegurada para efectos de determinación de primas, valores garantizados y participación de utilidades será de tres años inferior a la edad real, la cual se registrará en la carátula de la póliza.

2. Contratante/asegurado no fumador.
Cuando el asegurado de acuerdo con las declaraciones contenidas en la solicitud respectiva y a criterio de la compañía, sea aceptado por ésta como no fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas, valores garantizados y participación de utilidades, es inferior en dos años a su edad real.

Si el asegurado modifica sus hábitos sobre este concepto, deberá notificarlo a la compañía a más tardar en el siguiente aniversario de esta póliza. A partir del momento en que la compañía reciba esta notificación, dispondrá de treinta días naturales para comunicar al asegurado la cancelación de este beneficio. Transcurrido este plazo sin notificación de la compañía se entenderá que este beneficio continúa en vigor.

En caso de siniestro, si el asegurado no hubiera cumplido en los términos del párrafo anterior, la compañía ajustará la suma asegurada de acuerdo a lo que éste hubiera podido alcanzar con las primas pagadas.

IV. Beneficio adicional por fallecimiento

En caso de haber sido contratado según conste en la carátula de la póliza.

2. Edades de admisión.
La compañía declara que las edades de admisión es de 15 a 70 años.

Beneficio de pago de la suma asegurada por fallecimiento del contratante **(BEMPA).**
Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado contratante sufriera la muerte, la compañía pagará la suma asegurada contratada para este beneficio.

V. Beneficios adicionales de Invalidez Total y Permanente.
En caso de haber sido contratados según conste en la carátula de la póliza.

1. Vigencia
A solicitud del contratante podrán agregarse a la póliza cualquiera de los beneficios adicionales que aquí se presentan. Los beneficios adicionales contratados constarán en la carátula de la póliza y

estarán en vigor por el plazo estipulado en la misma, pero en cualquier caso su vigencia se sujetará a lo establecido en la cláusula 7. Cancelación de este apartado de beneficios adicionales.

2. Edades de admisión.
La compañía declara que las edades de admisión para los beneficios adicionales de invalidez son de 15 a 55 años. Para el beneficio adicional de muerte del contratante la edad de admisión será de 15 a 70 años.

3. Invalidez total y permanente.
Para efectos de esta cláusula se considerará "Invalidez Total y Permanente" a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad se requerirá que haya sido continua durante 6 meses.

En los siguientes casos no opera el término de 6 meses; se considerarán entre otros como causa de invalidez total y permanente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibia-tarsiana o arriba de ella.

En lo sucesivo, cuando hablemos de invalidez nos referiremos a la definición de "invalidez total y permanente" presentada en esta cláusula.

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ
A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente el asegurado deberá presentar a la compañía el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la compañía y, en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la compañía cubrirá lo correspondiente en los términos del contrato de seguro. La compañía tendrá derecho, a su cargo, de hacer examinar al asegurado por el médico designado para comprobar la invalidez.

4. Descripción de los beneficios.

Beneficio de exención de pago de primas sobre la cobertura básica por invalidez total y permanente o muerte del contratante (BEPIM).
Si durante la cobertura y hasta el aniversario posterior en que el asegurado contratante cumpla 65 años si éste sufriera invalidez total y permanente, o si durante el plazo del seguro muere, la compañía eximirá del pago de primas que corresponda a la cobertura básica dotal del menor, que

venzan después de transcurrir el período de espera de 6 meses. La póliza quedará de este modo vigente y el asegurado tendrá sobre la misma los derechos que sus condiciones le conceden.

Beneficio de exención de pago de primas sobre la cobertura "BEMPA" por invalidez total y permanente del contratante (BEPI).

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado contratante sufriere invalidez total y permanente, la compañía lo eximirá del pago de primas que correspondan al riesgo de su fallecimiento que venzan después de transcurrir el período de espera de 6 meses. La póliza quedará de este modo vigente y el asegurado tendrá sobre la misma los derechos que sus condiciones le conceden.

Beneficio de pago adicional por invalidez total y permanente del contratante (BIPA).

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado contratante sufriera invalidez total y permanente, la compañía pagará al asegurado, en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para este beneficio inmediatamente después de transcurrir el período de espera de 6 meses.

5. Recuperación de invalidez.

Cuando la compañía lo estime necesario, pero no más de una vez al año y a su costa, podrá exigir que se compruebe que continúa el estado de invalidez del asegurado. Si éste se niega a hacerlo, o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesará el goce de los beneficios contratados, debiendo el asegurado reanudar el pago de primas que corresponda según el tipo de beneficio adicional y a partir de la prima que venza inmediatamente después de que haya cesado el estado de invalidez.

6. Exclusiones de los beneficios de invalidez.
Estos beneficios no se concederán cuando la invalidez total y permanente se deba a:

1. **LESIONES O ENFERMEDADES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.**
2. **ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS CON O SIN MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS.**
3. **ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVE DE UN ACCIDENTE.**
4. **LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES EN QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**
5. **LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
6. **LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**
7. **LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA**

COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS PREESTABLECIDAS.

8. **LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR PARTICIPAR EN PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER CLASE.**
9. **LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, MOTOCICLISMO, PESCA, CAZA, BUCEO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
10. **ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, SE HAYA DECLARADO LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD, O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO DONDE SE HAYA ELABORADO UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO O BIEN, MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.**

    CUANDO LA INSTITUCIÓN CUENTE CON PRUEBAS DOCUMENTALES DE QUE EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS PARA RECIBIR UN DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD O PADECIMIENTO DE QUE SE TRATE, PODRÁ SOLICITAR AL ASEGURADO EL RESULTADO DEL DIAGNOSTICO CORRESPONDIENTE, O EN SU CASO EL EXPEDIENTE MÉDICO O CLÍNICO, PARA RESOLVER LA PROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN.

    QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS, COMPROBABLES DOCUMENTALMENTE, PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO MEDICO DE LA ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO DE QUE SE TRATE.
11. **RADIACIONES ATÓMICAS.**
12. **INTENTO DE SUICIDIO CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA O CIRCUNSTANCIA QUE LO PROVOQUEN.**
13. **LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO, O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**
14. **LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**
15. **ESTADOS DE INVALIDEZ QUE SE ORIGINEN CUANDO ESTA PÓLIZA HAYA SIDO CONVERTIDA A SEGURO SALDADO O SEGURO PRORROGADO.**

9. Cancelación.

En cualquier momento el asegurado podrá pedir la cancelación de cualquiera de estos beneficios, solicitándolos por escrito, siempre y cuando el último que se cancele sea el beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente del contratante (BEPIM).

Los beneficios adicionales BEPI y BIPA se cancelarán automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquél en que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años.

Los beneficios de invalidez que conforma la cobertura de BEPIM se cancelarán automáticamente sin necesidad de declaración expresa de la compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquél en que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años, pero el beneficio por muerte que conforma esta cobertura quedará vigente hasta la extinción del contrato.



CLÁUSULA DE SEGURO MANCOMUNADO

Este seguro tiene por objeto asegurar a dos personas que tienen mutuo interés asegurable a través de una sola póliza. Para efectos de este contrato se entenderá como Asegurado Mancomunado al cónyuge o concubino(a), del asegurado titular.

El Asegurado (Contratante) que aparece en la carátula de la póliza será el asegurado titular y el obligado al pago de primas, sin embargo, ambos asegurados estarán sujetos a todas las condiciones generales de la póliza por lo tanto cualquier condición que se estipule deberá ser cumplida por ambos.

Se entiende por edad equivalente, la edad resultante para vidas conjuntas determinadas conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dicha edad representa el riesgo mancomunado y, cuando la póliza haga referencia a la edad del asegurado, se entenderá que se refiere a la edad equivalente.

I. Seguros Atlas S.A pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas como se indica a continuación:

En caso de fallecimiento

La Compañía pagará la suma asegurada contratada una sola vez y será pagada a los beneficiarios del primero de los asegurados que fallezca.

En caso de fallecimiento simultáneo, la suma asegurada de las coberturas por fallecimiento se distribuirá el 50% entre los beneficiarios del Asegurado (contratante) y 50% para los beneficiarios del Asegurado (mancomunado).

En caso de sufrir la Invalidez Total

La Compañía pagará la suma asegurada contratada al primero de los asegurados que se invalide, después de transcurrir el período de espera.

En caso de invalidarse total y permanentemente se realice de forma simultánea, la suma asegurada de la cobertura por invalidez se distribuirá 50% para el Asegurado (contratante) y 50% para el Asegurado (mancomunado), después de transcurrir el período de espera.

Adicionalmente si se contrató el Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez, si el Asegurado (Contratante) o el Asegurado (Mancomunado) sufrieran la invalidez total y permanente, la Compañía eximirá del pago de primas por el riesgo de la cobertura básica después de haber transcurrido el periodo de espera.



II. Las obligaciones correspondientes a este contrato finalizaran:

En el caso de planes Dotales, con el pago por sobrevivencia de ambos al término del plazo de la cobertura, el cual corresponderá al 50% de la suma asegurada contratada, para cada asegurado, ó;

Con el pago de de la suma asegurada por fallecimiento de cualquiera de los asegurados o de ambos.

"*Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos (55) 9177 5000, o visite www.segurosatlas.com.mx o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx*."

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Febrero de 2011, 26 de Septiembre de 2013, 31 de Julio de 2013, 04 de Abril de 2015, 22 de Julio de 2015, con el número CNSF-S0023-0925-2010, CGEN-S0023-0197-2013, CGEN-S0023-0149-2013, RESP-S0023-0013-2015, RESP-S0023-0237-2016".
Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0925-2010/CONDUSEF-001395-01

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO
Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO



¿CONOCES TUS DERECHOS BÁSICOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO DE UN SEGURO?

• **Cuando se contrata un Seguro de Vida** es posible que desconozcas los derechos que tienes como contratante, asegurado o beneficiario al momento de adquirir la protección de un seguro, en caso de algún imprevisto amparado.

• Si conoces tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás malos entendidos y en consecuencia, estarás mejor informado.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Como contratante, antes y durante la contratación del seguro tienes derecho a:

• Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que lo acredita para ejercer como tal.

• Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro, esta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos.

• Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.

Para que conozcas las condiciones generales de nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web: www.segurosatlas.com.mx, o puedes acudir a cualquiera de nuestras oficinas, donde tendremos el gusto de atender a todas tus inquietudes.

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

• Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza de seguro por eventos procedentes, cuando ocurran dentro del periodo de gracia aunque todavía no hayas pagado la prima en dicho periodo, en cuyo caso la Compañía descontará del pago correspondiente la prima pendiente de pagar así como cualquier otro adeudo derivado del contrato de seguro.

• Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente

• Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a solicitar la emisión de un dicta- men técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

• Conocer si eres beneficiario en una póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Para mayor información visite http://www.segurosatlas.com.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de mayo de 2015 con el número RESP-S0023-0482-2015”.
Número CONDUSEF: RESP-S0023-0482-2015/CONDUSEF-G-00446-001